

請求様式①-1(介護予防支援費)

令和 年 月 日

新見市長 殿

所在地
名称
代表者氏名

印

月分 ケアプラン作成事業(介護予防支援)委託料の請求について

このことについて、次のとおり請求します。

請求金額	百	拾	万	千	百	拾	円

■請求金額の内訳

月分	件数	単価(月額)	計
ケアプランの策定件数	件	4,420円	円
初期加算	件	3,000円	円
委託連携加算	件	3,000円	円
		合計	円

<振込先>

金融機関

預金種別

口座番号

フリガナ

口座名義

月分 ケアプラン作成事業(介護予防支援費)委託料請求内訳書(名簿)

No	住 所	氏 名	生年月日	初期加算 の有無	委託加算 の有無
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					